Ueber

einen Fall von retroperitonealem Lipom.

Inaugural-Dissertation.

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der

hohen medizinischen Fakultät zu Erlangen

am

18. Juli 1891

von

Wilhelm Mejer

aus Leipzig.

Druck von Max Hoffmann
Leipzig-Reudnitz.

Referent: Prof. Dr. Frommel.

Meinen Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535709_0097

Einleitung.

Entsprechend der weiten Verbreitung des Fett- und Bindegewebes treten Lipome, die ja von diesen beiden Gewebsarten ihren Ausgang nehmen, an den verschiedensten Teilen des menschlichen Körpers auf.

Dass auch vom Bindegewebe Lipome entstehen können, weiss man mit Bestimmtheit.[1]) Der Vorgang dabei ist der, dass die Bindegewebszellen durch irgend einen Reiz zur Proliferation angeregt werden, dass die neugebildeten zelligen Elemente dann Fetttröpfchen in sich aufnehmen und schliesslich zu Fettzellen werden.[2])

Durch diesen Vorgang wird es erklärlich, dass sich Fettgeschwülste auch an Orten finden, an denen man sie wegen des normaler Weise fehlenden Fettes nicht erwarten sollte. Dahin gehören die Lipome der Pia mater, des subkonjunktivalen Bindegewebes, die des Larynxknorpels[3]) etc. Die Entstehung der an den übrigen Körperteilen vorkommenden Fettgeschwülste findet ihre Erklärung leicht, denn es kommen fast überall, wenn auch nur vereinzelte, Fettzellen vor.

Dieser doppelten Bildungsmöglichkeit ist es zuzuschreiben, dass an jedem Teile des Körpers Lipome sich bilden können.[4])

An den verschiedenen Entstehungsarten finden sich aber verschiedene Wachstumsbedingungen: und von diesen mehr oder weniger günstigen Bedingungen wird die Grösse, die die Geschwulst erreichen kann, wesentlich beeinflusst werden.

Es ist leicht einzusehen, dass eine Fettgeschwulst unter

---

[1]) l. c. Virchow, Die krankhaften Geschwülste. pag. 369 f.
[2]) ibidem pag. 387 ff. u. Lücke, Geschwülste. pag. 146.
[3]) Virchow, Die krankhaften Geschwülste. pag. 387.
[4]) l. c. J. Brohl, Zur Statistik der Lipome. D. i. Würzburg 1886.

dem starken Drucke der Fascien der vola manus[1]) oder der planta pedis[2]) in ihrem Wachstum weit mehr behindert ist, als wenn sie z. B. im Abdominalraume sich entwickelt.

Hier kann sie zunächst, da der auf sie ausgeübte Druck kein bedeutender ist, sich ungestört ausbreiten und schliesslich eine geradezu enorme Grösse erreichen.

Solche Riesenlipome sind schon einige beschrieben.

Das grösste mitgeteilte ist meines Wissens ein von Homan[3]) operiertes.

Es handelte sich dabei um einen 39jährigen Mann, der 2 Jahre vor der Operation eine ihn sehr belästigende Geschwulst des Unterleibes bemerkte. Nach Durchtrennung der Bauchdecken fand sich eine Geschwulst, die den Charakter eines Lipoms bot. Sie schien ungefähr 2 Fuss lang und 1 Fuss dick zu sein und mit breiter Basis aufzusitzen.

Die Bauchwunde wurde wieder geschlossen, ohne dass der Tumor exstirpiert worden wäre und heilte glatt.

Später wurde auf Verlangen doch noch zur Operation geschritten.

Rechts lief schräg über den Tumor das Colon ascendens, im Übrigen waren die Därme nach links gedrängt. Das Colon wurde nach Durchtrennung und Unterbindung des grössten Teiles seines Mesocolons abgelöst, dann wurden zwei rechts sitzende Geschwulstmassen (57 Pfund) exstirpiert, während eine dritte, kleinere Geschwulst, welche vor der Wirbelsäule den grossen Gefässen auflag, nicht weiter berührt wurde.

Trotz des geringen Blutverlustes starb der Patient am Tage nach der Operation.

Diesem Falle reiht sich ein von Cooper Forster[4]) exstirpiertes Lipom von 55 Pfund Gewicht an.

Eine weitere sehr grosse Fettgeschwulst fand Wiglesworth[5]) mehr zufällig bei der Sektion eines 43jährigen, blödsinnigen Mädchens. Die Geschwulst wog $41^1/_2$ Pfund und war bei Lebzeiten für einen Ovarientumor gehalten worden. Sie hatte schliesslich Druck auf die Vena cava verursacht, was Schwellung der unteren Extremitäten, enorme Ausdehnung der Hautvenen an Brust und Bauch zur Folge hatte. Zwischen den Eingeweiden und dem elastischen Tumor fanden sich zahlreiche

---

[1]) Lücke, Geschwülste. pag. 147.
[2]) Loebker, Bericht aus der Greifswalder Klinik. (Virchow-Hirsch, Jahresbericht 1883.)
[3]) Virchow-Hirsch, Jahresberichte für 1883. p. 416.
[4]) Schröder. Frauenkrankheiten. 1890. pag. 496.
[5]) l. c. Virchow-Hirsch, Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte der gesamten Medizin. 1883. pag. 416.

Adhäsionen. Die rechte Niere lag in einer Nische der Geschwulst, die wahrscheinlich ihren Ursprung von dem pararenalen Fettgewebe genommen hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich nicht um ein reines Lipom, sondern um ein Myxo-Lipom gehandelt hatte.

Auch Spencer Wells[1]) operierte — gleichfalls mit ungünstigem Ausgange — einen grossen, hierhergehörigen Tumor.

Bei einer 43jährigen unverheirateten Dame, die seit einigen Jahren eine Geschwulst im Leibe hatte, machte er eine Explorativincision und fand, dass die Geschwulst eine Masse von Fett war. 13 Tage später wurde die Operation vorgenommen und nach Durchtrennung einer lockeren Bindegewebskapsel eine Masse von 20 Pfund Fett herausgenommen. Ein grosser Lappen in der Nähe der rechten Niere wurde unberührt gelassen.

Die Kranke starb 58 Stunden nach der Operation. Bei der Sektion fanden sich Spuren frischer Peritonitis. Die zurückgelassenen Fettmassen wurden auf 10—12 Pfund geschätzt; einige Läppchen waren augenscheinlich hypertrophische Apendices epiploicae. Der Tumor schien vom Mesenterium auszugehen.

Bei drei weiteren Fällen ist das Gewicht der Geschwülste nicht angegeben und nur gesagt, dass es sich um sehr grosse Tumoren gehandelt habe.

Der erste Fall betrifft wieder eine von Homan[2]) mitgeteilte Operation.

Bei einer 60jährigen Frau bemerkte er einen grossen, offenbar teilweise soliden Tumor im Unterleibe, der in der letzten Zeit einen starken Druck auf die grossen Gefässe ausgeübt hatte.

Bei der Laparatomie fand sich ein grosses Lipom, das retroperitoneal entstanden war, die Eingeweide nach vorn gedrängt hatte und tief in das Becken hineinragte. Das Colon ascendens verlief wiederum schräg über den Tumor, in den das Coecum fast ganz eingeschlossen war. Die Geschwulst erwies sich als reines Lipom.

Die Frau starb sofort nach der Operation.

Aus der Angabe, dass der Tumor die grossen Gefässe stark comprimiert und tief in das Becken hineingeragt habe, geht hervor, dass es sich auch hier um ein sehr grosses Lipom gehandelt haben mag.

Der zweite Fall[3]) wurde von Verneuil operiert. Das

---

[1]) l. c. Transactions of the path. Soc. XIX. pag. 243.
[2]) Virchow-Hirsch, Jahresberichte. 1883. II. pag. 416.
[3]) l. c. Schmidt's Jahrbücher, Band 148. pag. 312.

Lipom ging von der Lendenwirbelsäule aus und ragte sehr weit in die Bauchhöhle hinein. Nach Beendigung der Operation lebte die Betreffende nur noch eine halbe Stunde.

Den dritten Fall schliesslich beobachtete Dreschfeld.[1]) Er fand im Abdomen ein sehr grosses, dreilappiges Lipom, dessen einer Lappen aus reinem Fettgewebe, ein anderer aus Bindegewebe und der dritte aus wirklichem Knochengewebe bestand. — Genaueres über diesen Fall konnte ich nicht ermitteln, da mir der Originalbericht (Transact. of the pathol. Soc. XIII. p. 287) nicht zugänglich war. Im Referat war die Geschwulst als „grosses Lipom der Bauchhöhle" bezeichnet und darf man es wohl den obigen grossen Lipomen beizählen.

Dies sind die Fälle von grossen, aus Fettgewebe bestehenden Neubildungen, die ich in der Literatur auffinden konnte.

Der Güte des Herrn Professor Dr. Frommel in Erlangen verdanke ich es, dass ich im stande bin, den vorstehenden Fällen einen neuen anzufügen.

Der Fall betrifft einen Tumor aus reinem Fettgewebe, der ein enormes Gewicht (über 50 Pfund) hatte. Er bot viel des Interessanten und zeigte besonders in diagnostischer Hinsicht verschiedenes höchst Eigentümliche.

---

[1]) vgl. das Referat in: Virchow-Hirsch, Jahresbericht für d. Jahr 1881. I. pag. 287.

Krankengeschichte.

Marie M., 51 Jahre alt, Köchin, war bereits mehrere Male in der Erlanger Klinik aufgenommen worden und hatte schon zwei Laparatomien, die Herr Professor Zweifel ausgeführt, durchgemacht.

Bis zu ihrem 35. Jahre war sie im Allgemeinen stets gesund gewesen, hatte nur in der Jugend viel an „Halsentzündung“ gelitten und im 22. Jahre einen Typhus überstanden.

Die erste Periode trat zwischen dem 20. und 21. Jahre ein, dauerte 3 – 4 Tage, war nicht sehr stark und nicht besonders schmerzhaft; seitdem kehrte sie alle 4 Wochen regelmässig wieder.

Patientin hat zwei Mal spontan geboren, beide Geburten gingen gut und leicht von statten.

In ihrem 35. Jahre (1875) fing sie an, an Beängstigungen und Beklemmungsgefühlen in der Gegend des Nabels zu leiden. Bald darauf bemerkte sie ein allmähliges Aufschwellen des Leibes. Im folgenden Jahre traten stechende und drückende Schmerzen auf und der Zustand wurde so unerträglich, dass die Patientin sich in die Erlanger Klinik aufnehmen liess. Hier wurde die Diagnose auf Ovarialcyste gestellt.

Es wurden nun in grösseren Zwischenäumen 2 Punktionen vorgenommen, bei deren jeder sich ca. 1 l einer zähen, fadenziehenden Masse, in der Fibringerinsel und Haare schwammen, entleerte.

Da die Beschwerden aber immer nicht allein wiederkehrten, sondern eher schlimmer wurden, so wurde (1879) zur Operation geschritten. Es zeigte sich aber bald, dass derartige Adhäsionen bestanden, dass die Vollendung der Operation ohne Gefährdung des Lebens der Patientin nicht möglich sei. Deshalb wurde die Bauchwunde wieder geschlossen und ein Verband darüber angelegt. Erst nach zwei Jahren

(1882) liess Patientin sich von neuem in die Klinik aufnehmen, um durch eine Operation sich endlich von ihrem Leiden befreien zu lassen.

Diese Operation wurde bald darauf ausgeführt und dabei beide Ovarien entfernt, da beide cystisch degeneriert waren. Nach vier Monaten wurde Patientin geheilt entlassen.

Im Jahre 1890 sucht die Kranke von Neuem die Klinik auf. Es wurde ihr eine passende Leibbinde gegeben, mit der sie entlassen wurde.

Schon 4 Monate später, am 8. April 1891 kommt sie wieder.

Status praesens. Patientin ist eine ziemlich grosse Frau von kräftigem Bau, mässiger Muskulatur und geringem Fettpolster. Herz und Lunge sind normal. Die Brüste sind atrophisch. Das Abdomen ist stark ausgedehnt, misst in der Höhe des Nabels 129 cm, in der Höhe der Rippenbögen 109 cm, und bietet überall das Gefühl von Fluctuation. In der Gegend der linea alba findet sich eine breite Operationsnarbe, durch die eine kolossale Bauchhernie hervortritt.

Bei der innern Untersuchung findet sich der Uterus klein, an normaler Stelle, Anhänge fehlen.

Das Zwerchfell ist durch den Tumor hoch hinauf gedrängt, daher starke Atembeschwerden.

Eine Probepunktion ergiebt negatives Resultat, indem weder Flüssigkeit, noch gallertige Massen, noch irgend etwas anderes durch den starken Troicart sich entleerte.

10. April: Patientin wird auf ihren Wunsch hin nach Hause entlassen mit dem Bemerken, dass sie sich in einigen Wochen wieder einfinden möchte.

30. April: Patientin hat sich wieder in die Klinik aufnehmen lassen. Eine nochmalige Probepunktion vermittelst starken Troicarts ist ebenso erfolglos, wie alle übrigen vorhergegangenen.

Es wurde deshalb am 2. Mai eine Probeincision vorgenommen, um Klarheit zu schaffen.

Begonnen wurde mit der Eröffnung in der Partie, welche keine Dämpfung, sondern lauten, tympanitischen Schall bei der Perkussion ergeben hatte. Sofort drängte sich ein Tumor mit grosser Gewalt aus der gemachten Schnittwunde hervor. Es wurde nunmehr der Schnitt bis zum Tumor hin verlängert und konstatiert, dass man es mit einem soliden Tumor zu thun hatte und fernerhin, dass in der ganzen Bauchhöhle, trotz der deutlichsten Symptome bestehender Fluctuation bei der Untersuchung, auch nicht eine Spur von Flüssigkeit war. Dahingegen stellt sich heraus, dass die enorme Auftreibung des Leibes

bedingt ist durch einen soliden Tumor, der bei der weiteren Eröffnung alsbald als ein grosses Lipom erkannt wird.

Leider war es nicht mehr möglich, die Bauchhöhle wieder zu schliessen, da der Inhalt derselben unter einem ganz ungeheuren Drucke stand; deshalb wurde mit der Operation fortgefahren. Die Bauchwunde wurde bis etwa handbreit über den Nabel verlängert und dann mit der Ausschälung des Tumors aus seiner Kapsel begonnen. Zunächst wurde das Colon ascendens, welches schräg über den Tumor verlief, und dessen Mesenterium völlig von demselben entfaltet war, abpräpariert und dann versucht, nach beiden Seiten in der gleichen Schnitttiefe die Lipommassen herauszuschälen. Hierbei gelangte manwiederholt auf sehr intensive Verwachsungen. Es musste deshalb an den verschiedensten Stellen von einer stumpfen Trennung abgesehen und versucht werden, vermittelst des Messers neue Trennungsschichten aufzufinden. Es gelang hierbei nicht, die richtige Tiefe zu finden und mussten deshalb einzelne Teile des Lipoms zurückgelassen werden.

Es dauerte ca. zwei Stunden, ehe man mit der Ausschälung so weit fortgerückt war, dass auch seitlich in die Tiefe vorgegangen werden konnte, um die riesige Geschwulst aus dem Abdomen endlich frei zu bekommen. Es war nicht anders möglich, als, ohne Leitung der Augen, mit der Hand tief in das Abdomen eingehend, die Lostrennung stumpf zu besorgen. Linksseitig tritt hierbei eine sehr erhebliche Blutung ein, welche sofort die Bauchhöhle überschwemmt. Nachdem auf der linken Seite die Lostrennung rasch beendigt worden war, wurde konstatiert, dass dabei in der Tiefe vor der Wirbelsäule ein grosses Gefäss angerissen war; was dies aber für ein Gefäss war, konnte vorläufig nicht festgestellt werden. Nach vergeblichen Umstechungsversuchen wurde schliesslich die Blutung mit grossen Klemmzangen einstweilen gestillt. Da inzwischen die Patientin immer mehr collabierte und der Puls an Kraft beständig abnahm, so wurde jetzt, um wenigstens einen Abschluss der Operation herbeizuführen, unter Zurücklassung grösserer Partien des Lipoms, die Hauptmasse des Tumors, teils scharf, teils stumpf trennend, herausgewälzt. Der Tumor wurde jetzt sofort scharf mit dem Messer von seinen letzten Befestigungen befreit und dann wiederholt zur Stillung der Blutung, die inzwischen das Abdomen ziemlich erfüllt hatte, geschritten. Patientin war bereits fast pulslos. Es gelang, die Blutung durch Umstechung abermals zu stillen. Alsdann aber die sämtlichen Blutmassen aus dem Abdomen entfernt waren, wurde eine genaue Inspektion der blutenden Stelle vorgenommen und es stellte sich heraus, dass bei der Um-

stechung sowohl Aorta als Vena cava mitgefasst worden war. Es wurde nun versucht, die Wandung der angeschnittenen Vene isoliert durch feine Nähte wieder zu schliessen und hierauf die Umstechung der Aorta gelöst. Das Bemühen war ein vergebliches. Die Blutung dauerte fort, weswegen es nötig wurde, wiederum zur Anlegung von Klemmen zu schreiten. Mittlerweile war Patientin dem exitus nahe gekommen und musste deshalb die Operation abgeschlossen werden.

In der Bauchhöhle verblieben die Klemmen, um die Blutung von der Vena cava zu verhüten. Die Kapsel des Tumors, in welcher noch verschiedene Lipomteile zurückgeblieben waren, wurde gekürzt, mit Jodoformgaze tamponiert und dann von oben und unten her die Bauchhöhle mit Knopfnähten bis nahe an den Nabelrand geschlossen, woselbst der Rest der Tumorkapsel mit in die Bauchwunde eingenäht wurde. Erwähnt sei noch, dass bei dem Herausheben der Geschwulstmassen und dem wegen der Blutung notwendigen scharfen Lostrennen ein Strang mit durchschnitten wurde, der sofort Verdacht erregte, dass in ihm der rechte Ureter mit durchtrennt worden sei. Er wurde nach oben weiter verfolgt, doch konnte mit Sicherheit nicht nachgewiesen werden, ob thatsächlich der Ureter mit getroffen worden sei. Erst später, kurz vor Schluss der Bauchhöhle fand man rechterseits die Niere vollkommen aus ihrer Umgebung losgelöst und den Ureter durchrissen.

Nachdem die Bauchhöhle in der oben angegebenen Weise versorgt worden war, wurde rasch ein Notverband angelegt und die Patientin, welche bereits fast pulslos war, zu Bett gebracht. Kaum eine halbe Stunde dauerte die Herzthätigkeit noch fort, dann trat der exitus letalis ein.

Die am 4. Mai vorgenommene Section ergab das folgende:

Die Bauchdecken sind tief eingesunken; vom oberen Drittel bis zur Symphyse zieht sich eine Operationsschnittwunde. Dieselbe, an den beiden Enden durch Nähte geschlossen, lässt in der Mitte eine etwa 4 cm lange Lücke in der Bauchhöhle offen. Durch diese Lücke gelangt man in eine dünnwandige, grosse Höhle, die in allen Teilen blutig imbibiert und sugilliert ist, und nach rechts zu durch grosse Öffnungen mit der Bauchhöhle zusammenhängt. Nach vollständiger Freilegung der letzteren sieht man die Eingeweide grau verfärbt, namentlich im kleinen Becken liegend. Das Colon ascendens ist von seiner hinteren Ansatzfläche zum Teil losgelöst und zeigt an einzelnen Stellen deutliche Defecte im Mesenterium. Einige apendices epiploicae sind zu traubengrossen Lipomgeschwülsten geworden.

Im kleinen Becken befindet sich eine sehr reichliche Menge dünnflüssigen, schwarzroten Blutes.

Die Dünndarmschlingen sind zum Teil von ihrem Mesenterium von der Hinterfläche der Bauchhöhle abgelöst, sodass dort die vena cava frei neben der aorta descendens liegt. An ersterer bemerkt man dicht über der Teilungsstelle etwas mehr nach links als nach rechts einige Unterbindungsfäden. Nach Herausnahme der vena cava und der venae iliacae lässt sich eine Sonde leicht in die linke, gar nicht in die rechte vena iliaca einführen, welch letzteres durch die oben erwähnten Unterbindungsfäden bedingt ist. — Die Blasenschleimhaut erscheint intact. Die linke Niere ist normal, ihr Ureter führt glatt in die Blase. Die rechte Niere ist vollständig aus ihrer Lage gelöst, ihr Ureter lässt sich nicht mehr nachweisen. Von der Blase aus lässt sich der Ureter nur bis zu seinem mittleren Drittel verfolgen, woselbst das offene Ende in ziemlicher Dicke in Blutsugillationen eingebettet ist.

Die Genitalien erscheinen auf ihrer Peritonealfläche im Ganzen intact, nur fehlen die Ovarien, an deren Stelle rechts eine kleine, etwa erbsengrosse Geschwulst von ziemlicher Härte und ein ca. taubeneigrosser Unterbindungsstiel sich befindet.

Das exstirpierte Lipom wog 50 Pfund, die in der Leibeshöhle zurückgelassenen Massen waren nicht gewogen worden. Der Tumor war von weicher Konsistenz und von dem charakteristischen, lappigen Bau. Das ganze Gewächs bestand aus einem grossen, etwas abgeflachten Gebilde, von dem 5 kleinere Lappen und mehrere Läppchen ausgingen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich das den Lipomen eigentümliche Bild: die einzelnen Fettläppchen, die grösser als normal waren, wurden gebildet von sehr grossen Zellen, zwischen denen sich ein sehr zartes, spärliches Bindegewebe ausbreitete.

Was endlich die Ausgangsstelle der Neubildung anlangt, so ist mit Sicherheit anzunehmen, dass diese in der Fettkapsel der Niere zu suchen ist. Dafür spricht die Art, in der der Ureter gleichmässig von Tumormassen umwuchert worden war. Wäre die Neubildung an einem anderen Orte, z. B. im Mesenterium entstanden, so hätte sie bei zunehmendem Wachstum den Ureter zur Seite schieben und komprimieren müssen, was vielleicht Störungen des Harnabflusses und Veränderungen oberhalb der komprimierten Stelle zur Folge gehabt hätte.

Diagnose.

So leicht die Diagnose oberflächlich gelegener Lipome sein kann, so schwer kann sie werden, wenn die Neubildungen in der Tiefe liegen, wenn Fascien, Haut, Muskeln und ein dickes Fettpolster darüber gelegen sind, wie dies ja bei Lipomen der Bauchhöhle vorkommt.

Treten wir an eine Frau heran, deren Leib in so enormem Grade ausgedehnt ist, wie dies bei unserer Kranken sich fand, so können für die Diagnose nach Ausschluss der Schwangerschaft nur wenige pathologische Zustände im Betracht kommen. Es kann sich nämlich handeln um:

Tumoren der Ovarien,
Myome des Uterus,
Ascites.
Lipome.
Hydronephrose.
Echinococcusblasen.

Es ist hier nicht der Ort, auf die Differentialdiagnose dieser Dinge genauer einzugehen. Vielmehr wollen wir uns — der Hauptsache nach wenigstens — nur mit dem Untersuchungsbefunde unseres Falles beschäftigen und dann versuchen, das diesem Charakteristische hervorzuheben. Das Ergebnis der Untersuchung war das folgende:

Bei der Inspektion fiel zunächst die ausserordentliche Auftreibung des Leibes auf. Der Bauch hing weit nach unten über; in der Gegend des Nabels sah man eine ungeheure Bauchhernie hervortreten. Sonst war die Auftreibung eine ganz gleichmässige, ein Überhängen der seitlichen Bauchpartien fand nicht statt.

Bei der Palpation war eine Abgrenzung der einzelnen Organe nicht möglich, weil der Tumor die ganze vordere Bauchwand einnahm; dagegen bot sich den palpierenden Händen ein deutliches Gefühl von Fluctuation dar.

Die Perkussion ergab fast überall leeren Schall. Nur über dem Nabel, an der Stelle der Hernie, und an einer zweiten Stelle, die dem schräg über den Tumor verlaufenden Colon

transversum entsprach, erhielt man tympanitischen Klang.

Auskultatorisch war nichts zu vernehmen, insbesondere keine Uterin- resp. Gefässgeräusche.

Die innere Untersuchung ergab, dass der Uterus an normaler Stelle sich befand, dass er klein und atrophisch war, und dass ein Zusammenhang des Tumors mit dem Uterus nicht statt fand.

Wegen der starken Fluctuation wurden, um Aufschluss über die Art der vermuteten Flüssigkeit zu erhalten, mehrere Probepunktionen gemacht, die aber sämtlich resultatlos waren.

Da der Uterus deutlich palpiert werden konnte, liess sich das Vorhandensein eines uterinen Tumors von vornherein ausschliessen.

Trotzdem beide Ovarien früher exstirpiert waren und auch die Untersuchung keinen Zusammenhang des Tumors mit den Genitalien nachweisen liess, musste doch an die Möglichkeit eines ovarialen Tumors gedacht werden, welcher etwa von einem dritten Ovarium ausging. — Das negative Resultat der Probepunktion sprach nicht dagegen; denn einerseits konnten colloide Massen den Inhalt bilden, andererseits konnten Proliferationen der Cysteninnenwand das Lumen des Troicarts verstopfen. Ein solches Präparat, wo die ganze Innenwand der Cyste mit Proliferationen bedeckt ist, befindet sich z. B. in der Erlanger pathologisch-anatomischen Sammlung.[1]) Indessen sprach die Lage des Darmes, sowie der Umstand, dass ein Zusammenhang des Tumors mit den Genitalien nicht vorhanden war, gegen derartige Tumoren, wie oben erwähnt.

Gegen Leberechinococcus sprach die Anamnese; ferner die Nichtverschieblichkeit des Tumors bei der Respiration. Es fehlte das Hydatidenschwirren und endlich entleerte sich keine Flüssigkeit.

Auch Hydronephrose konnte ausgeschlossen werden. Anamnestisch sprach nichts dafür. Auch enthielt der Harn weder Blut, noch Harn, noch Eiter. Schliesslich hätte bei Hydronephrose auch bei der Probepunktion Flüssigkeit ausfliessen müssen.

Der Gedanke, dass es sich um freien Ascites handeln könne, musste infolge des Punktionsresultates fallen gelassen werden.

Die Art des Tumors, welche vorlag, wurde nicht in Erwägung gezogen.

Gerade aus diesem diagnostischen Irrtum aber, glaube

[1]) l. c. Heinecke, Entzündungen, Anschwellungen und Geschwülste des Unterleibes. Pag. 112 f.

ich, können wir für die Folgezeit, resp. für ähnliche Fälle, Manches bezüglich der Diagnostik derartiger Tumoren lernen, und mögen die hierbei in Betracht kommenden Punkte hier noch besonders hervorgehoben werden.

Das Wachstum solcher retroperitonealen Lipome ist ein zwar verhältnismässig langsames, allein die Tumoren wachsen stetig und unaufhaltsam weiter, sodass gerade bei solchen kolossalen Tumoren in Zukunft an einen derartigen Tumor gedacht werden muss.

Ferner wird das deutliche Fluctuationsgefühl solcher Tumoren berücksichtigt werden müssen. Dasselbe war in unserem Falle, wie bereits erwähnt, so ausserordentlich präcis vorhanden, dass es sich von dem eines grossen Ovarialcystoms kaum unterschied. Hierzu kommt, als wohl wichtigster Befund, das absolut negative Ergebniss der Probepunktion. Dasselbe könnte wohl nur noch für einen Ovarialtumor, der mit gallertigem Inhalt erfüllt ist, sprechen; denn bei dieser Art von Ovarialtumoren kommt es in der That vor, dass auch bei Anwendung eines grösseren Troicarts keine Spur des Inhalts abfliesst. Ein derartiger Fall wurde in der Erlanger Klinik unlängst beobachtet.

Unter diesen Umständen wird der Befund der innerlichen Untersuchung ausschlaggebend sein müssen, welcher das Vorhandensein oder Fehlen einer Verbindung (Stiel) zwischen Uterus und Tumor nachweisen lässt. Allerdings ist dabei hervorzuheben, dass bei der riesigen Ausdehnung solcher Tumoren und der dadurch bedingten enormen Spannung der Bauchdecken, eine kombinierte Untersuchung häufig nicht möglich sein wird.

Schliesslich soll noch auf einen weiteren, diagnostisch verwertbaren Punkt aufmerksam gemacht werden.

Wir fanden bekanntlich in unserem Falle, dass fast im ganzen Bereiche des Tumors leerer Perkussionsschall vorhanden war. Nur im Bereiche der Bauchhernie, also etwa in der Mittellinie des Abdomens in Nabelhöhe, fand sich eine etwa handbreite Fläche, in welcher deutlich tympanitischer Schall nachzuweisen war. Bei der Operation liess sich erkennen, dass dieser tympanitische Schall von dem schräg über den Tumor verlaufenden Colon herrührte, dessen Mesenterium durch die Geschwulst völlig entfaltet und in enormer Weise ausgedehnt war. Gerade dieser Befund wird sich für den Nachweis eines retroperitoneal entstandenen Tumors in derartigen Fällen gut verwenden lassen. Kommen dann die oben erwähnten diagnostischen Punkte noch hinzu, so wird man zukünftig wohl in der Lage sein, die Diagnose zu sichern.

Prognose und Therapie.

Wennschon die Lipome zu den durchaus gutartigen Geschwülsten gehören, die niemals Metastasen bilden, die, nach gründlicher Exstirpation, niemals recidivieren, so ist deren Prognose doch wegen der heftigen Beschwerden, die sie verursachen können, wegen ihrer Neigung zu sehr bedeutendem Wachstum und der damit verbundenen Gefahren niemals absolut günstig zu stellen.

Spontane Heilungen kommen wohl vor. So findet sich in Schmidt's Jahrbüchern[1]) ein Fall, in dem ein Arzt bei einer jungen Frau im Netz eine Fettanhäufung fand, die so bedeutend war, dass der Leib dem einer im zehnten Monat Schwangeren glich. Die Frau concipierte 4 mal; als sie ihr viertes Kind selbst stillte, verschwand der Tumor vollständig.

Ein anderer Fall von Selbstheilung findet sich bei Prat[2]). Ein Lipom der grossen Labien hatte eine solche Grösse erreicht, dass es ein Geburtshindernis machte, sodass die Frau durch Kunsthilfe entbunden werden musste. Später erfolgte Absterben und Ausstossung der Geschwulst.

Solche Fälle von spontaner Heilung sind aber so selten, dass im Allgemeinen mit ihnen nicht zu rechnen ist.

Wir werden uns vielmehr mit der Frage zu beschäftigen haben, welches der gewöhnliche Verlauf der Lipome ist.

Zunächst kommt hier der Stillstand[3]) im Wachstum der Geschwulst, als häufig vorkommend, in Betracht. Dabei ist aber immer zu bedenken, dass Lipome, nachdem längere Zeit die Weiterentwicklung still gestanden hat, sich ganz plötzlich in desto üppigerer Weise entwickeln können.

---

[1]) l. c. Schmidt's Jahrbücher Band 31, pag. 103.
[2]) Prat, considérations sur les tumeurs graisseuses.
[3]) l. c. Lücke, Geschwülste, pag. 149.

Ferner kommt Verkalkung nicht selten vor. Sehen wir des Weiteren von den seltenen Fällen von Verknöcherung[1]), von Ölcystenbildung und von centraler Erweichung ab, so bleiben die Fälle mit Ausgang in unbegrenztes Wachstum zu erörtern. Diese letzteren verdienen eine um so grössere Beachtung, weil sie stets eintreten können und dann unter Umständen für ihren Träger sehr verhängnisvoll werden.

Sitzt das Lipom oberflächlich, so kann es bei fortgesetztem Wachsen die Haut stark verdünnen und schliesslich völlig usuriren; Eitererreger können eindringen, sodass es zur Eiterung und schliesslich gar zur Jauchung kommen kann.

Anders werden sich die Dinge gestalten, wenn die Lipome ihren Sitz im Innern der Körperhöhlen haben. Im Abdomen können sie schon bei mässiger Grösse zu sehr heftigen Beschwerden, Appetitlosigkeit, andauerndem Erbrechen Anlass geben[2]). Erreichen sie aber eine bedeutende Grösse, so fesseln sie durch ihr Gewicht die Patienten an das Bett, erzeugen durch Druck auf die grossen Venen Ödeme und können so und durch Kompression der Nachbarorgane, besonders des Verdauungsrohres zu den schwersten Erscheinungen, ja indirekt zum exitus letalis führen.

Dieser Ausgang ist bei Lipomen der Bauchhöhle immer in Rechnung zu ziehen.

Wir müssen darum fragen, wie man diesen gefährlichen Zuständen vorbeugen kann und welche Mittel zu Gebote stehen, sie zu beseitigen, wenn sie eingetreten sind.

Betreffs der Prophylaxis ist nichts anzugeben, da wir den Reiz, der die Zellen zur Proliferation anregt, ja nicht kennen. Es bleibt also nur der zweite Teil der Frage, wie man bei bestehenden Lipomen therapeutisch eingreifen kann, zu erledigen.

Innerlich angewandte Mittel und Bäder kommen heute wohl nicht mehr in Betracht. Vorschläge, die Kranken in Pottaschebäder zu stecken[3]), haben höchstens noch historisches Interesse. Es sollten nämlich diese Bäder ein „schleichendes Fieber", ähnlich dem gastrischen, hervorrufen und man glaubte, dass das gastrische Fieber die Lipome zum Verschwinden brächte. Heute weiss man, dass die Lipome ganz unbeeinflusst sind von dem Allgemeinbefinden des Patienten, dass schwerste Erschöpf-

[1]) Vgl. auch den eingangs erwähnten Fall von Dreschfeldt.

[2]) S. Heinecke, Geschwülste etc. des Unterleibs p. 58. Handbuch der Allgemeinen und Speciellen Chirurgie von Billroth-Pitha.

[3]) Z. B. in Schmidt's Jahrbüchern, Bd. 46, pag. 180 finden sich derartige Vorschläge.

ung und schlimmstes Siechtum des Körpers nicht im Stande sind, etwa bestehende Fettgeschwülste der zum Skelet abgemagerten Patienten zum Schwinden zu bringen. Virchow[1]) sagt, dass „selbst bei Phthisischen, wo alles Fett verloren geht, die Lipome ihren Turgor behalten“ und ferner[2]): „wollte man die Lipome beseitigen durch Hungerkuren, so kann man sicher sein, dass man eher den ganzen Menschen auslaugt, als dass man die Lipome aushungert. Diese scheinen das Fett, was sie einmal haben, mit einer Zähigkeit zurückzuhalten, welche in dem übrigen Fettgewebe gar keine Analogie findet.“

Schon aus dieser Erklärung geht hervor, dass interne Mittel, die etwa das Fett verseifen sollten (Alkalien), keinen Nutzen haben können, abgesehen davon, dass eine Verseifung von Fetten im Organismus — abgesehen vom Darme — nicht beobachtet ist.

Mehr könnte man sich, wenn eine Operation aus irgend einem Grunde nicht möglich ist, von einem andern Vorschlage[3]) versprechen, der auf der Leipziger Naturforscherversammlung von Dr. O. Hasse gemacht wurde. Er maçhte innerhalb 14 Tagen 4 Injektionen von gewöhnlichem Brennspiritus, die anfangs keine, bald aber starke Reaktionen hervorriefen. Die Konsistenz der Geschwulst nahm zu, dann traten Erweichung und Fluctuation ein. Drei Wochen nach der letzten Einspritzung wurde eine Incision gemacht und der gesamte Fettinhalt floss in vollkommen gelöstem, klaren Zustande aus.

Solche Versuche könnte man aber wohl nur bei ziemlich oberflächlich gelegenen Lipomen machen. In andern Fällen und überhaupt, wenn nicht dringende Contraindicationen vorhanden sind, wird die operative Therapie die einzige sein, von der man sich raschen, sicheren und dauernden Erfolg versprechen kann.

Früher scheinen Exstirpationen von grösseren, tiefsitzenden Fettmassen nicht gern gemacht worden zu sein. Lücke[4]) schrieb darüber: „Die nach der Entfernung von Lipomen zurückbleibenden Wundhöhlen haben den Ruf, als ob sie besonders leicht verjauchten und zu Erysipelas und Phlegmone Veranlassung gäben.“

Von Erysipelas und Phlegmone weiss man heute, dass sie durch ganz bestimmte, organisierte Krankheitserreger hervorgerufen werden und in der jetzigen Zeit der Anti- oder Asepsis könnte dieser Einwand gegen eine operative Therapie nicht mehr erhoben werden.

---

[1]) und [2]) l. c. Virchow, Geschwülste, pag. 393 u. 371.
[3]) Tagebl. der Naturforschervers. Leipzig 1872 pag. 170.
[4]) l. c. Lücke, Geschwülste etc. 1869. pag. 152.

Vielmehr bleiben die Fragen zu erörtern: wie soll man die Operation ausführen und wann?

Was die letztere Frage anlangt, so würde sie rein theoretisch zu beantworten sein: grössere, stetig wachsende Tumoren möglichst bald, ehe die Geschwulst ausgedehnte Verwachsungen mit den Nachbarorganen (besonders dem Darme) eingegangen hat, ehe sie bedeutende Störungen am Circulations- und Respirationsapparate hervorgerufen[1]) und ehe sie den Patienten hinfällig und bettlägerig gemacht hat. — Wie so oft, wenn es sich um Exstirpationen von Neubildungen an Abdomen handelt, wird auch hier oft in der Praxis die Frage leider anders beantwortet werden müssen. Ebenso wie z. B. bei Carcinomen des weiblichen Genitalapparates, wo durch Nichtbeachtung oder falsche Deutung der Symptome die Patienten oft erst zur Operation kommen, wenn es zu spät ist, so werden auch bei Lipomen der Bauchhöhle die Kranken häufig erst den Arzt aufsuchen, wenn die Aussicht auf eine erfolgreiche Operation von vorn herein eine recht geringe ist. Die in der Einleitung erwähnten Fälle, die sämtlich letal endeten, sprechen für die Richtigkeit dieser Annahme.

Es wird also die obengestellte Frage häufig — soweit man bei dem seltenen Vorkommen grosser Lipome im Abdomen von Häufigkeit reden kann — dahin modificirt werden müssen, dass man nicht fragt „wann“ sondern „ob“ man überhaupt noch operieren solle.

Sind die obenerwähnten Verhältnisse eingetreten, handelt es sich um heruntergekommene, bettlägerige Kranke, so wird von Anfang an wenig Hoffnung sein, dass die Kranken einen Eingriff überstehen, bei dem sie plötzlich $^1/_3$, ja $^1/_2$ ihres Körpergewichtes verlieren.

Man wird sich in solchen Fällen, selbst wenn der Blutverlust bei der Operation kein sehr bedeutender war, nicht wundern dürfen, wenn sich Störungen am Herzen einstellen, wenn plötzlicher Collaps eintritt, in dem dann die schon vorher geschwächten Patienten zu Grunde gehen.

Da andererseits die Lipome vollkommen gutartige Geschwülste sind, da man, wenn die Patienten die Operation überstanden, auf sichere Heilung rechnen kann, so wäre doch vielleicht ein Versuch zu machen, ob man die Geschwulst nicht entfernen und die Patienten retten könnte. — In unserem Falle musste die Operation einfach gemacht werden, da eine dringende Indicatio vitalis vorlag.

---

[1]) Vgl. hierzu auch Roser, üb. d. Exstirp. gutart. Bauchgeschwülste. D. Zeitschr. f. Chirurgie 1884. XIX. pag. 24 ff.

Es wäre noch zu erörtern, in welcher Weise die Operation, wenn man sie machen muss, auszuführen wäre.

Bei fast allen in der Einleitung erwähnten Fällen fanden sich sehr ausgedehnte Verwachsungen mit dem Colon, die allein schon die Operation zu einer gefährlichen machten. Auch im vorliegenden Falle fand sich, wie bereits mitgeteilt, ein sehr inniger Zusammenhang mit dem vorangedrängten Colon transversum, der durch Entfaltung von dessen Mesenterium zu trennen kaum möglich war, ohne den Darm und damit dessen Ernährung sehr stark zu gefährden.

Homan schlägt auf Grund seiner Erfahrungen vor, entweder in der Gegend des Coecum einen Anus praeternuturalis anzulegen, oder das ganze abgelöste Darmstück zu reseciren.

Die Ansicht des Herrn Professor Frommel geht dahin, dass die Operation vielleicht mehr Aussicht auf Erfolg haben würde, wenn man die Exstirpation in zwei zeitlich von einander getrennten Abschnitten ausführte.

Man würde dann erst ein grösseres Stück herausnehmen, die nötigen Unterbindungen vornehmen, die Bauchhöhle versorgen und schliessen. Erst wenn die Patienten sich von dem Eingriffe erholt haben, wenn bessere Circulations- und Respirationsverhältnisse eingetreten sind, wenn die Kompression des Darmes beseitigt und ein besserer Ernährungszustand erzielt worden ist, könnte dann das zurückgelassene Stück entfernt werden. Es wäre dies wohl in den meisten Fällen technisch dadurch ausführbar, dass, wie sich auch in unserem Falle zeigte, derartige Geschwülste nicht aus einer einzigen Fettmasse bestehen, sondern aus einzelnen, in ihrer Grösse sehr verschiedenen Lappen, welche unter sich in einem relativ losen Zusammenhang stehen. Dabei würde es auch leichter sein, bestehende Adhäsionen zu lösen, erstens, weil durch den ersten Eingriff Raum geschaffen und das ganze Operationsfeld übersichtlicher gemacht würde und zweitens, weil man die Operation in grösserer Ruhe vornehmen könnte, da die zeitliche Ausdehnung auf zwei durch längere Zwischenräume getrennte Tage verteilt würde.

Endlich würde dadurch vielleicht dem drohenden Tode im Collaps vorgebeugt. Liest man die in der Einleitung erwähnten Fälle durch, die alle mit Collaps und Tod endigten, so gewinnt man den Eindruck, als sei es einerseits die allzulange Ausdehnung der Operation und andererseits die Grösse der auf einmal aus dem Organismus ausgeschalteten Masse, die ja eine bedeutende Mehrarbeit des Herzens bedingte, was Collaps und Exitus letalis verschuldet. Beide Ereignisse könnten vielleicht durch Verteilung der Operation auf zwei Abschnitte verhütet werden.

Am Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Frommel, meinen aufrichtigsten Dank zu sagen, sowohl für die gütige Überlassung des Materials, als auch für die freundliche Unterstützung bei der Arbeit. — Sodann danke ich Herrn Dr. K. Zenker, I. Assistenten am pathologischen Institut, herzlich für die liebenswürdige Unterstützung bei der histologischen Untersuchung.